

Misc B72/ 37

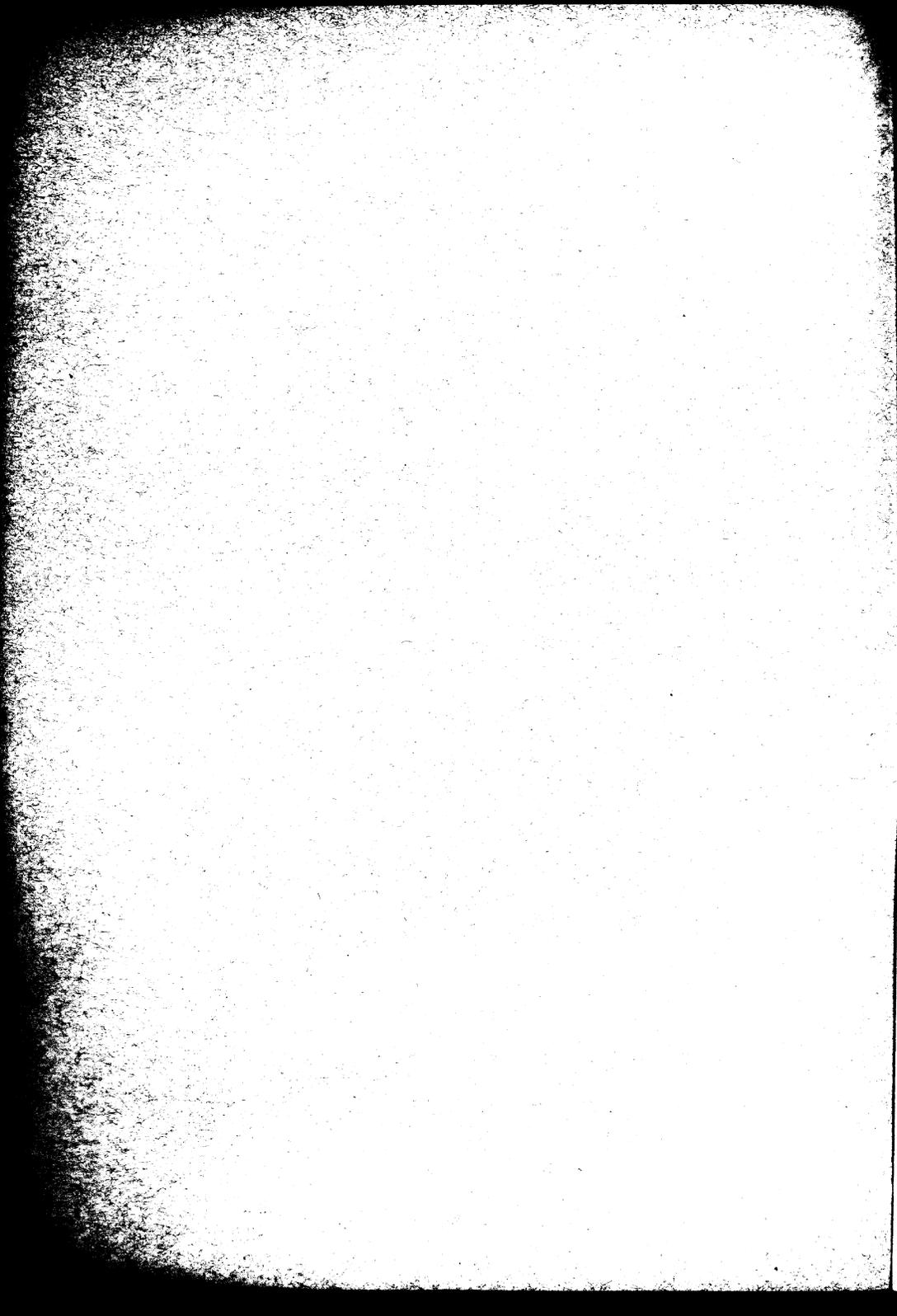
Dott. GIUSTO CARBOGNIN

A proposito di due casi di ritenzione dentaria

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



“ A PROPOSITO DI DUE CASI DI RITENZIONE DENTARIA ”

DOTT. GIUSTO CARBOGNIN

Specialista in odontoiatria, Ravenna

Della ritenzione dentaria, quell'anomalia per cui uno o più denti rimangono racchiusi nell'interno delle ossa mascellari, l'eziologia è ancora oscura sotto diversi punti di vista. Le cause determinanti invocate sono svariate, nel singolo caso uniche o multiple: cambiamento di posizione del germe dentario fin dalla sua origine (LUNIATSCHEK) o nel suo sviluppo (KOTANYI) per cui al momento della fuoriuscita il dente prende un'altra direzione; impedimento alla fuoriuscita, per persistenza del dente deciduo, per atresia alveolare causata da precoce estrazione del caduco corrispondente o comunque per mancanza di spazio, per ostacolo da malformazione o malposizione dei denti vicini; traumi, rachitismo, lue, processi infiammatori, tumori (cisti, sarcomi, ecc.), malformazioni mascellari (ZUCKERKANDL), cause costituzionali ed ereditarietà (KOTANYI). Secondo vari AA. causa molto frequente sarebbe l'estrazione precoce dei molari e canini caduchi, tuttavia in numerosi casi, nonostante che i denti temporanei siano stati conservati fino all'epoca della normale caduta, si ebbe ugualmente ritenzione di permanenti.

In ordine decrescente furono riscontrati più spesso in ritenzione il dente del giudizio (inferiore e superiore), l'incisivo laterale superiore, i canini superiori, il secondo premolare inferiore. La frequenza delle ritenzioni è, secondo recenti dati di PEDERSEN e MOESGAARD, molto grande: le ritenzioni totali si verificherebbero nel 12,6% dei casi, quelle parziali nell'8,1%. Nella statistica di questi AA., le ritenzioni unilaterali (totali o parziali) sono state 107, quelle bilaterali 27.

Spesso la ritenzione si mantiene silente, altre volte no.

In molte nevralgie devesi tener presente la possibilità che sieno causate dall'irritazione di rami nervosi del V paio, per parte in denti in ritenzione. Secondo MANDELBAUM spesse volte i canini inclusi sono il fattore etiologico che origina nevralgie del capo e del collo. Tuttavia non si può certamente stabilire con esattezza che i disturbi riflessi cederanno, togliendo l'organo incluso. Nella lette-

ratura si leggono casi affermativi accanto ad altri negativi.

In due casi di MATZDORFF, due donne di 35 e 37 anni, che fin dalla fanciullezza soffrivano di emicranie, l'estrazione di un dente semiincluso che premeva sul vicino, portò in entrambe alla guarigione definitiva. Viceversa in un caso pubblicato in questi giorni, NICOLÒ riferisce di un dolore nevralgico diffuso all'emimandibola di destra, che non scomparve nè si attenuò, neppure dopo parecchio tempo dall'avvenuta estrazione dell'ottavo incluso. In un caso di E. TEMPESTINI, il paziente da circa 10 anni soffreva con frequenza di dolori a tipo nevralgico alla regione laterale sinistra della faccia con irradiazioni all'orecchio e alla testa, dovuti probabilmente all'inclusione, tanto nel mascellare sup. che nella mandibola, a sinistra, del terzo molare fuso con un quarto. Manca tuttavia la prova, ex iuvantibus, della dipendenza della nevralgia dai denti inclusi, perchè il paziente venne a morire di polmonite prima dell'intervento estrattivo.

Ai quattro termini generalmente usati per classificare la posizione dei denti inclusi — mesiale e distale; vestibolare e linguale (inf.) o palatina (sup.) — in considerazione che un dente ritenuto può essere inclinato in due direzioni anzichè in una sola (p. es. inclusione inclinata in direzione distale e vestibolare, oppure palatina, ecc.). DANIEL ha aggiunto la cifra dei gradi dell'inclinazione, presentando così un metodo rigorosamente matematico; e pertanto corretto e perfetto. Il metodo consiste in due cerchi, segnati i gradi da zero a 180, uno verticale ed uno orizzontale, immaginabili in vivo e disegnabili sulla negativa radiografica, in corrispondenza del dente ritenuto.

Il circolo verticale, avente il suo centro geometrico nel centro ideale della faccia esterna del dente qualora fosse nella sua normale posizione, porta lo zero ove sarebbe normalmente la superficie o il bordo masticante e i 180° al diam. opposto ossia verso le radici (fig. 1). Ogni deviazione mesiale o distale dal punto marcato con la zero, può essere indicata nel circolo per gradi, in direzione me-

siale o distale. Con la comune tecnica radiografica endorale, si ottengono appunto le inclinazioni mesiali e distali. Il circolo orizzontale avente il suo centro geometrico nel centro ideale della superficie masticante per i

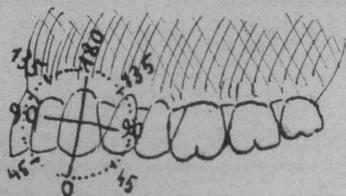


FIG. 1.

molari o bordo tagliente per gli anteriori, porta lo zero nel punto di contatto mesiale normale, i 180° nel punto distale (fig. 2). Ogni deviazione dallo zero verso il lato vestibolare o verso quello palatino nei superiori o linguale negli inferiori, può essere in-

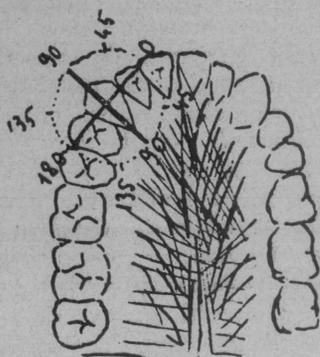


FIG. 2.

dicata in questo circolo con tanti gradi in direzione vestibolare o rispettivamente palatino-linguale. Per ottenere le inclinazioni palatino-linguali e vestibolari, il paziente deve tenere orizzontalmente fra i denti una comune pellicola dentale, col lato sensibile verso il basso per gli inferiori, verso l'alto per i superiori, e i raggi X vengono diretti nel primo caso dal disotto della mandibola, nel secondo caso dal vertice del capo.

CASO I. - M. C. di anni 52, portatrice di un apparecchio a placca superiore totale da oltre cinque anni, ha notato da qualche mese un disturbo al palato, dapprima come sensazione molesta e poi dolorosa; in seguito apparve una soluzione di continuo.

All'esame obiettivo notasi sul palato a circa mezzo centimetro a sinistra del rafe mediano e un centimetro e mezzo all'indietro e all'indietro del bordo alveolare, una piccola soluzione di continuo a margini ben netti e sottominati (a bottone di camicia). Escludo senz'altro che sia un'ulcerazione da decubito dovuta all'apparecchio sia per la forma e posizione dell'ulcerazione, sia perchè la protesi laminare è senza

suzione. Col polpastrello del dito si avverte una resistenza dura e specillando con uno strumento metallico si rileva un rumore non osseo ma nettamente dentale.

Sia che si trattasse di « dentitio tarda » o di « tertia dentitio » in posizione anomala o di affioramento di un dente incluso o di una radice fratturata, era necessario prima di intervenire operativamente, praticare una radiografia, anche per conoscere il decorso della radice. Il referto radiografico (fig. 3) è stato: « Presenza del moncone del canino superiore di sinistra ripiegato verso la linea mediana del palato ». L'inclinazione palatina (metodo Daniel) era di circa 60°, quella mesiale di circa 15°.

In anestesia locale periferica estraggo un canino intero, ben conformato (la radiografia, colpendo il dente di scorsio, non ne aveva rilevata l'interezza).

La paziente aveva creduto che l'ulcerazione del palato fosse occasionata dall'apparecchio di protesi. E' noto infatti che le suzioni col traumatismo continuo, progressivo, possono determinare la perforazione del palato, specialmente in persone tarate: MAURAL su 37 perforazioni del palato trovò 15 sifilitici e 3 tabetici. Ma la protesi della paziente era senza suzione e senza camera d'aria; e poi l'esame accurato e il decorso hanno mostrato la vera causa della soluzione di continuo del palato.

Si è trattato in questo caso di una « dentitio tarda ectopica ». Per dentitio tarda si intende la fuoriuscita molto tardiva, dopo anni e anni (in questo caso dopo 40 anni) di denti fin'allora rimasti inclusi. Una fuoriuscita così tardiva non avviene pertanto per impulso di stimoli normali, naturali, fisiologici, ma è determinata dall'azione di forze estranee alla vita fisiologica dei denti e dei mascellari che li contengono, forze patologiche o speciali; nel nostro caso l'azione stimolatrice dell'apparecchio di protesi. Un caso a-



FIG. 3.

nalogo è stato descritto anche dal MAYRHC-FER: trattavasi parimenti di una signora nella quale un dente canino incluso da molti anni, fuoriuscì in seguito all'applicazione di un apparecchio superiore. Tuttavia il mio caso presenta una piccola differenza dal caso MAYR-

HOFER: e cioè che mentre l'applicazione dell'apparecchio era stata fatta ben 5 anni prima, la fuoriuscita del dente ha tardato fino a che una relativa atrofia dell'osso alveolare (vuoi fisiologica senile, vuoi favorita dall'apparecchio) ha fatto affiorare il dente, o almeno facilitata la sua apparizione (1).



Fig. 4.



Fig. 5.

Il dente era anche ectopico cioè in posizione abnorme nel mascellare verso la linea mediana del palato. L'eruzione nel palato di denti canini non è infrequente e tale anomalia è stata studiata da PREISWERK.

(1) Chi volesse negare l'importanza della stimolazione da parte di un apparecchio di protesi nel determinare l'eruzione di un dente incluso attribuzione dirò così il merito essenzialmente all'atrofia ossea alveolare, potrebbe aver buon gioco, fino a tanto almeno che non venisse dimostrato che, non solo sotto apparecchi laminari, ma anche sotto a ponti metallici (in cui praticamente non si ha atrofia ossea rimarchevole nel tratto sottopontico), possono affiorare denti inclusi.

Una dimostrazione di tal genere credo poter fare, con un caso a me occorso, e per altri motivi illustrato recentemente nella «Stomatologia Italiana» (aprile 1941).

Trattavasi di un uomo che da circa un anno era portatore di un ponte inf. sinistro poggiante sui denti pilastro 6° e 8, e che da un mese accusava dolenzia sotto al ponte. L'esame radiografico rivelò la presenza sotto al ponte, oltre ad una radice fratturata del settimo, di un dente incluso (6°) e quasi affiorante (fig. 4-5). Non essendo possibile ammettere che un anno prima una simile condizione fosse sfuggita allo odontoiatra protesista (e il paziente per vari mesi dopo l'applicazione del ponte non accusò disturbo alcuno), si deve concludere che nel volgere di un anno, sotto lo stimolo del ponte che attraverso i pilastri e l'osso interalveolare si è portato fino al dente incluso, questo sia stato determinato a fuoriuscire.

Caso II. - E' più complesso e si presta ad altre considerazioni. Una signora, L. I., d'anni 50, già portatrice di un apparecchio laminare superiore parziale, ebbe necessità dell'estrazione di alcuni altri denti oscillanti per avanzata paradentosi, dei quali l'ultimo fu il primo premolare superiore di sinistra. Rimase nell'arcata solo in due secondi molari. La guarigione delle ferite operatorie procedette abbastanza bene, eccetto in corrispondenza del primo premolare di sinistra ove persistette, al cento dell'alveolo, un'apertura sottile imbutiforme.

La cliente non pazientando oltre nell'attesa della perfetta guarigione, essendo trascorso oltre un mese dall'avulsione, richiese l'applicazione del nuovo apparecchio.

Dopo una ventina di giorni la paziente ebbe ad accusare un'enfiagione alla guancia sinistra con un po' di dolore. Tolto l'apparecchio di bocca ed osservata la mucosa, non si riscontrò alcuna ulcerazione da decubito. In corrispondenza al primo premolare di sinistra la gengiva appariva rossastra e tumefatta, e alla pressione lungo la direzione dell'alveolo, fuoriusciva un po' di secrezione d'aspetto purulento. Allora specillai il fondo dell'alveolo e sentii alla profondità di circa un cm. e mezzo un crepito. Pensai ad una radice fratturata o un piccolo sequestro osseo, e inviai la paziente al radiologo per una buona Rontgenografia. La sera stessa, uscendo dal Gabinetto radiologico, la cliente si poneva a letto con febbre e dolori al viso. L'indomani, chiamato a domicilio, constatai fortissima enfiagione, la guancia calda, rossa, dura, dolente al tatto, e febbre a 39°: un ascesso imponente.

Il referto dell'esame radiografico è stato «Ritenzione sia a sinistra che a destra, del canino coricato orizzontalmente». (Essendo andate smarrite sia la mia copia che la pellicola originale della filoteca del gabinetto radiologico, non mi è possibile presentare qui l'immagine roentgen; mnemonicamente ne ho riprodotto il disegno, per il canino di sinistra, nella figura 6). L'inclinazione verticale secondo il metodo



Fig. 6.

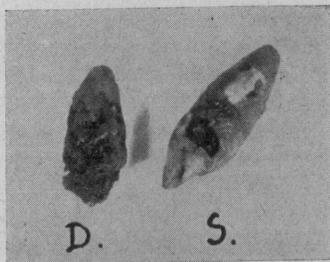


Fig. 7.

Daniel, era di 90° mesialmente, quella orizzontale praticamente nulla, per entrambi i denti.

Le condizioni della malata si aggravarono e divennero allarmanti: edema delle palpebre, viso mostruoso, febbre elevata. Temendo di un flemmone o

dell'empima del seno mascellare, inviai la paziente in una clinica privata, affidandola alle cure di un professore universitario della nostra specialità. In otto giorni di cure mediche si risolse il fatto infiammatorio acuto locale; e dopo un mese fu praticato l'intervento chirurgico, d'ambo i lati, in un'unica seduta operatoria.

Dei due canini estratti, di cui la fotografia (fig. 7) riproduce la grandezza naturale, quello di destra era sano e integro (la mancanza di buona parte della corona è dovuta alla sua frattura durante l'intervento operatorio, che è stato più indaginoso e difficile di quello di sinistra); quello di sinistra, invece, ha presentato alcune particolarità, su cui merita soffermarsi. Esso si presenta intero, con radice proporzionalmente corta e tozza ed apice tondeggiante; la lunghezza totale è di

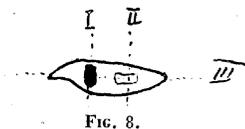


FIG. 8.

mm. 21, di cui 8 appartengono alla corona (misurazione fatta sulla faccia vestibolare del dente).

Sul lato distale del canino notasi un'ampia carie, a contorno irregolarmente rettangolare (mm. $4 \times 2,5$) a livello del colletto del dente, e interessante anche un tratto della faccia vestibolare e l'inizio della radice. Macroscopicamente osservato, lo smalto della corona presenta irregolarità di superficie e qua e là zone di ipoplasia. La radice presenta vari rilievi verosimilmente dovuti a ipertrofia del cemento. Da notare ancora, sul terzo medio della faccia distale della radice, una formazione rettangolare ($4,5 \times 1,8$) di colorito bianco madraperlaceo.

Fra le varie considerazioni a cui si presta questo secondo caso, è da rilevare anzitutto la posizione anomala (eterotopia) orizzontale di entrambi i canini. In base ai suoi studi sui canini inclusi, QUINTERO dimostra che l'eziologia di questa malposizione è ancora oscura sotto certi punti di vista; il meccanismo di queste inclusioni si avvicinerrebbe per più di un lato a quello delle endognazie in generale. Altri AA. attribuiscono l'inclusione dei denti a cause di indole generale, come malattie dell'infanzia e specialmente scrofolattina (CRYER) o rachitismo, e disfunzioni endocrine a carico specialmente della tiroide (trofismo del sistema osseo), del lobo anteriore dell'ipofisi (sviluppo scheletrico), del timo (sviluppo osseo e muscolare e metabolismo del calcio). Nella paziente in parola, la

sintomatologia clinica generale (soggetto brevitypo con lieve tendenza all'adiposità e alla succulenza del tessuto sottocutaneo, aspetto senescente, capelli secchi, movimenti lenti, intelligenza media, temperamento mitico e cordiale ma quasi apatico, lentezza di linguaggio), fa supporre uno stato leggermente ipotiroideo; tuttavia ne mancano quegli accertamenti farmacodinamici o di laboratorio, ecc. come la prova del metabolismo basale, alla cui ricerca forse la paziente non si sarebbe sottoposta e che, al lato pratico, non era necessaria nè poteva interessare gran che.

Se volessimo prendere in considerazione, fra le numerose teorie addotte per spiegare il meccanismo delle eruzioni dentarie, quella di DEMOLIS, per il quale l'eruzione dei denti non è un fenomeno locale ma un episodio del fenomeno generale dello sviluppo delle ossa mascellari, si potrebbe dedurne che la ritenzione (mancata eruzione) dipende da alterazioni di sviluppo dell'osso mascellare: e questo non può dipendere che dall'influenza delle ghiandole endocrine.

Oltre al canino, il dente che più di frequente presenta la posizione anomala orizzontale, è il dente del giudizio inferiore, che si uncinca sotto al settimo e offre un certo impedimento meccanico all'avulsione. Agevolmente si comprende, e non necessita che io vi spenda altre parole, quanto sia utile la indagine radiografica per rilevare la presenza o meno di denti inclusi e la loro posizione, direzione, grandezza, ecc., dati tutti utilissimi al buon esito dell'intervento operatorio.

Un'altra osservazione: il canino di sinistra presentava un'estesa distruzione cariosa della corona. Come e perchè si formò tale carie? Alcuni AA. hanno già affermato che nei denti ritenuti si può sviluppare un processo carioso, però MÜLLER ha dimostrato in vari casi che le alterazioni riscontrate non erano dovute a carie, bensì erano conseguenza di un processo di riassorbimento. Nel mio caso la posizione della corona del canino nel mascellare corrispondeva, grosso modo, all'apice radicolare del quarto dente. Non credo possibile ammettere che la compressione della radice di questo abbia potuto corrodere la corona del canino e predisporlo alla carie, perchè, caso mai, dal loro contatto sarebbe dovuto avvenire tutto l'opposto; cioè l'erosione della radice del premolare.

Credo che la spiegazione più plausibile sia la seguente: lungo l'alveolo piorroico del quarto dente, germi sono arrivati fino al canino, concorrendo con altre condizioni alla insorgenza delle carie. L'essenza delle carie non è soltanto un processo chimico-parassi-

tario (MILLER), ma trofo-microbico (BERETTA); che necessita per il suo svolgersi di cause predisponenti interne, trofiche, costituzionali (come alterato metabolismo del Ca secondo BERETTA, PALAZZI, DE VECCHIS, ecc.; difetti congeniti del tessuto smalto-cuticolare sec. TAVIANI, ecc.) e chimiche (come l'ambiente acido, secondo PERNA, DE VECCHIS, SARAVAL). D'altronde un substrato acidotico è sempre presente in ogni processo infiammatorio, e il relativo ristagno di essudati in fermentazione e putrefazione lungo le radici del quarto e sulla faccia laterale della corona del canino a livello del colletto, può aver reso facile l'insorgenza della carie.

Si potrebbe anche pensare essersi trattato di una carie a ritroso, ematogena, con lesioni inizialmente a carico della dentina con punto di partenza dalla parete interna della camera pulpare, anziché della superficie esterna del dente. OMBREDANNE pensa che il germe dentario incluso rappresenti un bulbo osseo, ossia un punto in cui esisterebbe fisiologicamente una congestione da accrescimento e sarebbe il punto di scelta per la fissazione di una infezione endogena che può raggiungere anche la polpa. MAGITOT, RÖMER e altri sono invece del parere che se non vi è lesione gengivale non è possibile che si accenda il processo flogistico. Del resto l'argomento delle carie interna non è nuovo, essendo già stato trattato da CORAINI prima, da DOBRZYNIĘCKI e altri poi. Nel nostro caso, per i motivi sopra esposti, riteniamo poter escludere un'origine ematogena della carie, e di invocare per essa i fattori comunemente noti, cioè un processo chimico-parassitario su un terreno predisposto troficamente e costituzionalmente.

Tra la parete alveolare e la superficie cementale del quarto dente, finché questo rimase nel suo alveolo, i germi e il pus ebbero possibilità di sfogo all'esterno. Altrettanto dopo l'avulsione, perchè abbiamo detto che la breccia postestrattiva non si cicatrizzava. L'apparecchio protesico, comprimendo la mucosa gengivale e chiudendo temporaneamente il tragitto endoalveolare, provocò arresto del drenaggio sieropurulento, e l'insorgenza del fatto infiammatorio acuto. Questo episodio conferma pertanto ancora una volta la bontà della regola classica odontoprotesica di non applicare apparecchi se prima le ferite alveologengivali non sono completamente cicatrizzate, e ridotte anche le imbibizioni e tumefazioni della mucosa, nonostante che oggidi, per casi particolari e seguendo certe attenzioni, vada diffondendosi la pratica delle protesi immediate.

Degno di menzione nel mio caso, è anche

l'essersi mantenuto silente, dal punto di vista neuralgico, per tanti anni, sia il canino di destra che quello di sinistra: questo almeno fino allo scoppio del processo infiammatorio acuto.

Nei denti ritenuti si hanno abbastanza spesso alterazioni patologiche, soprattutto a carico del cemento (come riassorbimento od ipertrofia, piegamento ed altre deformazioni della crescita della radice), della dentina, della polpa: CSERNEY descrisse alterazioni istologiche a carico della polpa; RISSO, atrofia pulpare con formazione di concrezioni calcaree, e calcificazione della dentina; ZEROST, odontiti in seno alla polpa, dentina secondaria neoformata sulle pareti, apposizione di cemento sulle radici; RUSPA, alterazioni pulpari (vacuoli e cavità cistiche, e calcificazioni) e ipercementosi periradicolare; PALAZZI, atrofia della zona odontoblastica, vacuoli ed odonteli nella polpa coronale; NICOLÒ, alterazioni regressive della polpa, formazioni di dentina secondaria, ipercementosi periradicolare. Concludendo, i vari AA. citati, all'esame istologico dei denti ritenuti hanno riscontrato nella polpa alterazioni regressive, e a carico dei tessuti duri produzione di dentina secondaria e ipercementosi; nessuno parla di alterazioni a carico dei tessuti smaltei; fa eccezione KOTANY, citato da NICOLÒ, che nei denti inclusi ha riscontrato apposizioni di tessuto osseo e di cemento sullo smalto e fenomeni di riassorbimento del medesimo.

Avendomi la paziente, (superato il primitivo proposito di serbarli come ricordo), consegnati i denti ritenuti solo dopo una quindicina di giorni dall'intervento, non era più possibile fare un esame istologico della polpa del canino di sinistra (che per le sue particolarità si è mostrato così interessante); dovetti perciò limitarmi all'esame dei tessuti duri. Ho fatto tale esame in due sezioni trasversali, circolari del dente e in una longitudinale (come dal disegno della fig. 8): la prima a metà circa della corona, la seconda a metà circa della radice e interessante perciò quella formazione bianca-opaca-madreperlacea già descritta all'esame macroscopico del dente, la terza longitudinalmente in senso mesio-distale e passante sia per il processo carioso che per la formazione bianca della radice. Il dente in queste tre posizioni è stato dapprima segato con seghetta da intaglio, poi le superfici di taglio furono arrostate e levigate, e indi fotografate con ingrandimento (vedi le rispettive figure 9-10-11).

In questo modo, non curandomi specifica-

mente di rilevare quelle alterazioni della dentina e del cemento già da altri AA. descritte e sopra citate, mi sono interessato particolarmente alle condizioni dello smalto (macroscopicamente presentante qua e là zone ipoplasiche) e allo studio della produzione bianca-opaca-madreperlacea della radice.

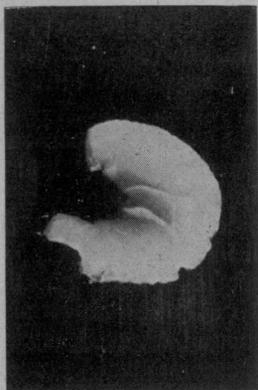


FIG. 9.

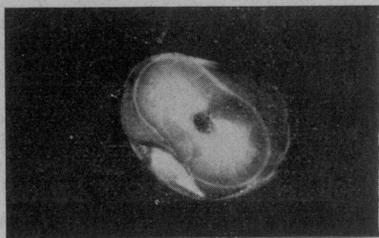


FIG. 10.

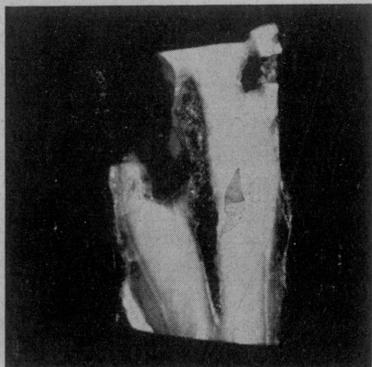


FIG. 11.

Dalla fig. 9 (sezione della corona), oltre alla carie dello smalto, si nota qualche punto del contorno smalteo ipoplasico. Questi difetti congeniti dello smalto avrebbero, a mio parere, predisposto il dente alla carie, secondo la già citata opinione di TAVIANI.

Nella fig. 10 (sez. circolare della radice) si notano diversità di spessore del cemento attorno alla dentina radicolare; nel lato distale della radice la massa biancastra è circondata da sottile strato di cemento ai lati, ma non nel suo centro.

Nella fig. 11 (sez. longitudinale del dente compreso fra le due precedenti sezioni) notasi il focolaio carioso, il canale radicolare, la dentina radicolare e il cemento; inoltre all'angolo superiore destro un pezzetto di smalto coronale, all'angolo inf. sin. un po' della neoformazione bianca già citata.

Macroscopicamente osservata tale neoformazione presenta l'aspetto di dentina; non mi è stato purtroppo possibile fare una microsezione per esame microscopico, perchè il pezzo è andato sciupato durante il processo di decalcificazione (1).

RIASSUNTO

Generalità sulle ritenzioni dentarie: etiologia; sintomatologia nevralgica; frequenza; classificazione topografica.

Primo caso: eruzione tardiva sul palato del canino di sinistra, in seguito all'applicazione di un apparecchio di protesi laminare; considerazioni varie inerenti al caso.

Secondo caso: ritenzione orizzontale dei due canini sup. in persona edentula, di cui il sinistro affetto da carie e da una neoformazione bianca opaca nella radice; considerazioni varie ed esami fotografici del dente in parola.

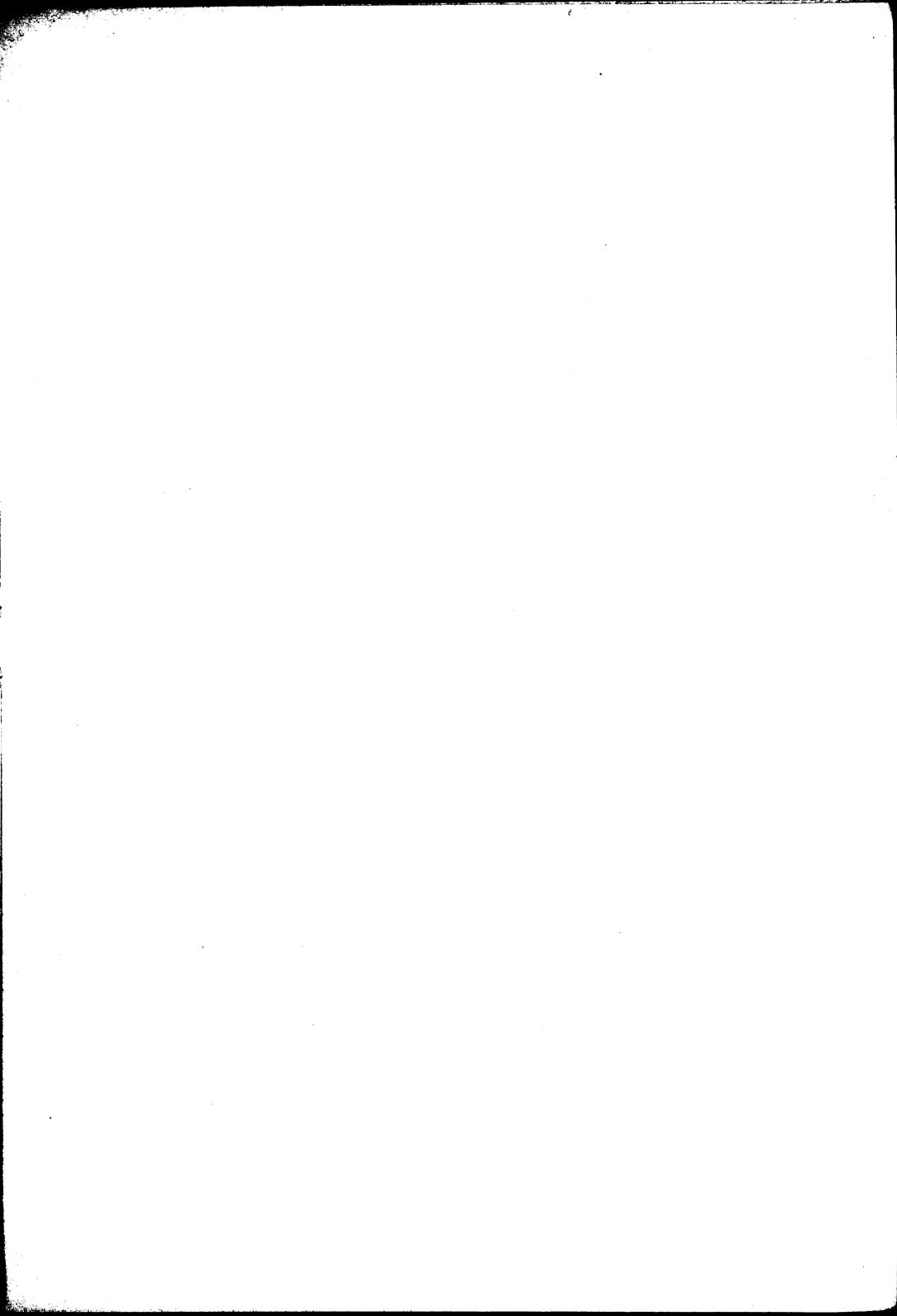
RÉSUMÉ

L'A., après avoir rappelé quelques notions sur les dents retenus, présente deux cas personnels dont les particularités se présentent à plusieurs considérations; enfin l'A. présente les détails photographiques d'un dent inclus.

BIBLIOGRAFIA

- BERETTA: « Clinica Odontoiatrica », ed. Cappelli.
 CARBOGNIN: « Protesi dentaria », gennaio 1941.
 — « Stomatologia Italiana », aprile 1941.
 DANIEL: « Oral Hygiene », pag. 26, 1939.
 DE VECCHIS: « La Stomatologia », n. 7, 1928.
 MANDELBAUM: « Dent. Journ. of Int. », n. 11, 1940.
 MATZDORFF: « Klin. Wochens. », n. 29, 1940.
 NICOLÒ: « Stomatologia Italiana », giugno 1941.
 PALAZZI: « Trattato di Odontologia ».
 PEDERSEN e MOESGAARD: « Tandlaegebladet », n. 6, 1940.
 QUINTERO: « Revue Odontologique », n. 12, 1939.
 TAVIANI: « La Stomatologia », nn. 11-12, 1928.
 TEMPESTINI: « Settimana medica », n. 37, 1939.
 ZEROSI: « Rassegna di Odont. », n. 4, 1937.

(1) Il metodo di decalcificazione seguito è stato il seguente, secondo Palazzi: immersione in acido nitrico al 5 % per alcuni giorni, lavaggio per 24 ore in soluzione satura d'allume, lavaggio per 24 ore in acqua corrente, disidratazione con la scala degli alcool da 50° in su: quando dall'alcool a 75° il dente è stato passato in alcool a 90°, i pezzi si sono subito letteralmente sbriciolati.



343925

